UNIVERSITE MOULOUD MAMMERI TIZI-OUZOU
FACULTE DE MEDECINE
Module de Gastro-entérologie

LES HERNIES HIATALES

Plan

- Introduction.
- Rappel anatomique.
- Etio-pathogénie.
- Anatomie pathologique.
- Clinique.
- Examens complémentaires.
- Complications.
- Formes cliniques.
- Diagnostic différentiel.
- Traitement.
- Conclusion.

DrA.AISSAT
09 mai 2016

INTRODUCTION

- La hernie hiatale est le passage intermittent ou permanent d'une partie ou de la totalité de l'estomac de l'abdomen, où règne une pression positive permanente, vers le thorax, où la pression est négative lors de l'inspiration, à travers le hiatus œsophagien.
- On distingue deux types distincts : la hernie par glissement qui expose au RGO ; et la hernie par roulement qui est souvent asymptomatique.
- HH et RGO ne sont pas synonymes.

RAPPEL ANATOMIQUE :

La diaphragme est une cloison musculo-tendineuse séparant le thorax de l'abdomen ; s'insérant sur le pourtour inférieur de la cage thoracique et en arrière à la colonne lombaire par le biais de deux piliers droit et gauche.

Le hiatus œsophagien est délimité par les deux faisceaux du pilier droit. Il se projette à hauteur de T10 et est orienté en bas et en avant.

Les moyens de fixité de la région œso-cardio-tubérositaire sont nombreux

- Membrane phréno- œsophagienne de Bartelli-Laimer : lame conjonctivo-élastique servant volontiers de gaine de glissement que de moyen de fixité.
- Méso-œsophage : tissu cellulo-fibreux dense reliant l'œsophage à la paroi postérieure.
- Ligament gastro-phrénique. Prolongement du méso-œsophage reliant le fundus au diaphragme.
- L'angle de His : le bord gauche de l'œsophage abdominal s'adosse au fundusformant avec lui l'angle de His qui varie avec l'état de réplétion de l'estomac.
- Faux de l'ACS.
- Pars condensa.
- Les nerfs vagues.

ETIOPATHOGENIE :

1. Facteurs d'hyperpression abdominale:

Obésité, ascite, toux, constipation, dysurie.

2. Facteurs de relâchement musculaire:

Age, amaigrissement rapide, hypothyroïdie.

3. Antécédents chirurgicaux de la région cardiale:

Myotomie de Heller, vagotomie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

On distingue 03 types différents.

1. Hernies Hiatales par glissement:

- Elles sont de loin les plus fréquentes avec près de 85% des hernies hiatales.
- Elles sont dues à la défaillance des moyens de fixité avec comme conséquence l'ascension du cardia qui se retrouve en position intra-thoracique et disparition de l'angle de His.
- Il n'y a pas de sac herniaire.
- Elles sont responsables de RGO.

2. Hernies Hiatales par roulement:

- Elles sont beaucoup plus rares avec près de 10% des HerniesHiatales.
- Dans ces cas, c'est la grosse tubérosité qui se retrouve en intra-thoracique couverte de sac herniaire) avec un cardia toujours en position intra-abdominale.
- Il n'y a pas de RGO.

3. Hernies Hiatales mixtes:

- Représentent environ 5% des Hernies Hiatales.
- On y retrouve une ascensionde la totalité de l'estomac.
- La distinction entre ces deux dernières est difficile.

CLINIQUE

TDD: *Hernie Hiatale par glissement symptomatique d'un RGO chez un homme de 50 ans:*

Les manifestations cliniques sont celles du reflux gastro-œsophagien qui est favorisé par la hernie.

Signes digestifs:

- Pyrosis
- Régurgitations.
- Syndrome postural.
- Dysphagie.

Signes respiratoires bénins:

- Toux nocturne +++
- Toux spasmodique de décubitus.
- Toux posturale.
- Accès de dysphagie ou de pharyngite matinale.

Signes respiratoires sévères:

- Crises d'asthme nocturnes: isolées ou associées aux signes digestifs.
- Syndrome de Mendelson.
- Broncho-pneumopathies chroniques.
- DDB et fibrose pulmonaire.

Autres signes:

- Manifestations supra glottiques: hyper sialorrhée, odynophagie, rhinites.
- Dyspepsie, flatulences.

Examen clinique :

- Il est pauvre.
- Recherche une pâleur cutanéo-muqueuse.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

1. Radiographie pulmonaire:

Peut objectiver la Hernie Hiatale quand elle est volumineuse, et souvent de manière fortuite par la découverte sur un cliché de face de :

- disparition de la poche à air gastrique ;

- présence d'une masse latéro-cardiaque gauche de tonalité aérique, parfois avec un niveau hydrique.

2. TOGD double contraste:

- Excellent moyen diagnostic.
- HH par glissement : disparition de l'œsophage abdominal avec présence d'une dilatation sus diaphragmatique avec un collet et des plis gastriques.
- *NB : les petites hernies sont de diagnostic difficile.*

3. FOGD:

Muqueuse gastrique + cône herniaire limité en aval par l'orifice œsophagien, situé > 40 cm.

Intérêt:

- apprécie le degré de l'œsophagite.
- Pratique de biopsies.

4. Manométrie:

- la pression du SIO : repos = 20 mm Hg.
- Dans le RGO: basse (5mm Hg) ou normale.

5. PH-mètrie:

- pH Œsophagien: 5 à 7.
- Dans le RGO < 4.

6. TDM :

- Ecartement des piliers avec une image de pseudo-masse médiatisnale postérieure.

7. Autres:

- Test de clearance acide de l'œsophage.
- Scintigraphie œsophagienne.
- EMG de l'œsophage.
- Etude des différences de potentiel des parois œsophagiennes.

« Les explorations préopératoires sont inutiles dans la majorité des cas. La réalisation d'une manométrie permet de confectionner un geste anti reflux adapté à la pression du sphincter inférieur de l'œsophage ».

COMPLICATIONS :

- Ulcère de l'œsophage.
- Sténose.
- Hémorragie.
- Brachy-oesophage.
- EBO.
- Cancer de l'oesophage.

FORMES CLINIQUES

1. Hernies Hiatales par roulement:

- Pas de RGO.
- Souvent asymptomatiques.
- Leurs manifestations se limitent à des troubles mécaniques: dysphagie, douleurs pseudo angineuses qui signent le risque de complication.
- Le diagnostic est relativement aisé.

HH par roulement: complications

1. Volvulus intra-thoracique de l'estomac:

- Signes cliniques intermittents.
- Estomac à 2 poches superposées avec remplissage successifs sur la Rx (estomac en cascade).

2. Etranglement herniaire:

- Grave.
- Epigastralgies +++
- Vomissements.
- Signes thoraciques: dyspnée, cyanose, disparition du murmure vésiculaire.
- Rx: 2 niveaux hydro-aériques de part et d'autre de la coupole gauche.
- C'est une urgence chirurgicale.

3. Hémorragie digestive:

Survient par facteurs mécaniques:

- gastrite congestive,
- érosion,
- ulcère.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- **Ne se pose plus après la FOGD.**

Causes d'erreurs:

- **Diverticule œsophagien.**
- **Spasme diffus de l'œsophage.**
- **UGD.**
- Angine de poitrine.
- Toujours éliminer un cancer.

TRAITEMENT

Il est médicochirurgical.

I. Buts:
- Supprimer les facteurs favorisants.
- Renforcer les mécanismes anti reflux.
- **Réduire le volume et l'agressivité du RGO.**
- Eviter l'étranglement dans les Hernies Hiatales par roulement

II. Moyens:

A. Médical:

C'est le traitement du RGO.

B. Chirurgical:

1. Voies d'abord:

- Abdominale : médiane sus ombilicale, bi sous costale, transversale.
- Thoracique : thoracotomie postérolatérale via le 7ème EICG .
- Cœlioscopique+++ :

2. Points communs :

- Dissection de l'œsophage abdominal.
- Rapprochement des piliers du diaphragme.

3. Techniques de repositionnement anatomique:

a. Technique de Lortat-Jacob:
- Fermeture de l'angle de His.

- Fixation de la grosse tuberosité au diaphragme.

b. Technique de Hill:

- Fixation de la jonction cardio-tubérositaire au ligament arqué dudiaphragme.

Elles sont abandonnées!

4. Procédés valvulaires:

a. Procédé de Belsey Mark IV :

- voie thoracique
- fundoplicature partielle de 240°

b. Procédé deNissen:

- Le plus utilisé
- Manchon de 360°
- Sur 5 à 7 cm.

c. Procédé deNissen-Rosseti:

- Manchon plus court
- 3 cm.

d. Procédé de Toupet:

- Manchon partiel 180 ou 270°
- postérieur.

e.Procédé de Dor:

- Manchon partiel 180° antérieur.

5. Procédés indirectes:

- ProthèdedeAngelchik:
- Diversion duodénale totale.
- Exérèses œsophagiennes

III. INDICATIONS:

- HH asymptomatiques: dites de rencontre: **abstention**
- Traitement médical: RGO symptomatique non compliqué. **Durée > 6 mois.**
- Traitement chirurgical: HH par roulement ou mixte, échec du traitement médical (indications du RGO).

- Technique la plus utilisée: Nissen +++.
- **La voie d'abord : la Cœlioscopie doit être indiquée en 1ère intention.**

IV. RESULTATS:

- Mortalité: basse.
- **Bons dans 90 % des cas.**
- **Suivi > 5 ans.**
- Supériorité du Nissen.

CONCLUSION

- Pathologie fréquente.
- Deux types différents par leur expression clinique et leur pronostic.
- Le traitement chirurgical est bien codifié faisable par abord cœlioscopique avec un bon pronostic et une morbi-mortalité faible.

REFERENCES:

1. Collet D, A. Rault. Hernies hiatales et autres pathologies diaphragmatiques. EMC (Elsevier Masson SAS), Gastro-entérologie, 9-202-H-10, 2011.
2. Scotté M., Lubrano J., Muller J.-M., Huet E. Traitement chirurgical par laparotomie du reflux gastro-oesophagien de l'adulte. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Techniques chirurgicales - Appareil digestif, 40-189, 2007.
3. Scotté M., Lubrano J., Huet E. Traitement chirurgical du reflux gastro-œsophagien non compliqué par cœlioscopie. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Techniques chirurgicales - Appareil digestif, 40-188, 2008.
4. Richard L.Drake, Wayne Vogl, Adam W.L.Mitchell: Anatomie pour les étudiants.GRAY'S, 2006 Elesevier Masson SAS.
5. Agostini S, Cohen F, Guillemot E, Clément JP. Hernie hiatale, reflux œsophagien et œsophagite peptique. EMC (Elsevier Masson SAS),Radiodiagnostic IV-Appareil Digestif, [33-05-P-10].